



Trine Monica Myrvold

Kommunenes iverksetting av Opptrappingsplanen for psykisk helse

Foreløpige resultater fra tre
forskningsprosjekter

NOTAT
2005:133

Tittel: **Kommunenes iverksetting av
Opptrappingsplanen for psykisk helse.**
Foreløpige resultater fra tre forskningsprosjekter

Forfatter: Trine Monica Myrvold

NIBR-notat: 2005:133

ISSN: 0809-6929
ISBN: 82-7071-590-5
Prosjektnummer: O-1885
Prosjektnavn: Evaluering av Opptrappingsplanens effekter på kommunenes
organisering av psykisk helsearbeid

Oppdragsgiver: Norges forskningsråd

Prosjektleder: Trine Monica Myrvold

Referat: Notatet samler resultatene fra tre forskningsprosjekter innenfor
evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse: Følgende
spørsmål belyses: Har Opptrappingsplanen bidratt til sterkere
utbygging av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske problemer?
Hvilke tjenester bygges ut i kommunene? Bidrar Opptrappingsplanen
til større bredde i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske
problemer? Hvordan har kommunene organisert sitt psykiske
helsearbeid? Hvordan sikres samarbeid og samordning mellom
tjenester fra ulike sektorer og nivåer?

Dato: Juni 2005

Antall sider: 15

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Sinsenvn. 47 B, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO

Vår hjemmeside: Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 22 37 02
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Org. nr. NO 970205284 MVA

© NIBR 2005

Forord

Dette notatet sammenfatter resultatene fra tre forskningsprosjekter under evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Styringsgruppen for evalueringen og Norges forskningsråd ønsket å se resultatene for prosjektene i sammenheng, og ga NIBR i oppdrag å skrive notatet innenfor en ramme på to ukeverk.

De tre prosjektene som inngår i sammendragsnotatet utføres av SINTEF Helse, Telemarksforskning og NIBR. Samtlige prosjekter strekker seg over flere år, og sluttrapporter fra prosjektene er ikke skrevet. Sammendragsnotatet baserer seg på publiserte underveisrapporter.

Forfatteren takker for gode kommentarer og innspill fra prosjektlederne fra SINTEF Helse og Telemarksforskning, hhv. Jorid Kalseth og Solveig Flermoen.

Oslo, juni 2005

Hilde Lorentzen
Forskningsjef

Innhold

Forord	1
1 Innledning	3
1.1 De tre prosjektene som utgjør grunnlaget for notatet.....	3
2 Oppsummering av prosjektenes resultater	6
2.1 Utbygging av tilbudet i kommunene – hvordan virker øremerkingen?	6
2.2 Hvordan ivaretas bredden i tilbudet til mennesker med psykiske problemer?7	
2.3 Hvordan er arbeidet organisert og ledet, og hvordan ivaretas samordning og samarbeid?.....	9
3 Utfordringer og anbefalinger i det videre arbeidet med Opptappings-planen	13
Publikasjoner fra prosjektene.....	15

1 Innledning

Dette notatet samler resultatene fra tre forskningsprosjekter innenfor evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Hensikten med notatet er å se resultatene i sammenheng på tvers av prosjektene, i forhold til målene i Opptrappingsplanen. Vi redegjør først kort for de enkelte prosjektene som inngår i notatet, og stiller tre hovedgrupper av spørsmål som prosjektene forholder seg til. Deretter oppsummerer vi resultatene fra analysene innenfor hver gruppe av spørsmål. Til slutt skisserer vi noen utfordringer som prosjektene reiser til det videre arbeidet med iverksettingen av Opptrappingsplanen. En oversikt over publikasjonene fra prosjektene foreligger bakerst i notatet.

1.1 De tre prosjektene som utgjør grunnlaget for notatet

Kommunal iverksetting av nasjonal plan – har øremerkede tilskudd den tilsiktede effekt?
(SINTEF Helse v/Jorid Kalseth)

Prosjektet evaluerer hvorvidt de øremerkede tilskuddene som gis til kommunene gjennom Opptrappingsplanen bidrar til å nå de nasjonale målsetningene for tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Prosjektet analyserer følgende problemstillinger:

A. Hva er status for det psykiske helsearbeidet i kommunene?

- Nivå og variasjon i tjenester og tiltak
- Omfang og variasjon i udekkede behov
- Hvilke forhold bidrar til å forklare variasjoner i kommunenes satsning?

B. Hva er effekten av øremerkede tilskudd?

- I hvilken grad bidrar tilskuddene til at kommunene satser sterkere på psykisk helsearbeid?
- Er øremerkede rammetilskudd fordelt etter objektive kriterier det best egnede økonomiske virkemiddelet for å nå målene i Opptrappingsplanen?

Analysene baseres på flere datakilder: en spørreskjemaundersøkelse med informasjon om tjenester og organisering innen det psykiske helsearbeidet i kommunene (i samarbeid med NIBRs prosjekt, se under), en spørreskjemaundersøkelse til rådmenn som kartlegger holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen, samt data om bruk av øremerkede tilskudd hentet fra kommunenes obligatoriske rapportering. Spørreskjemaundersøkelsene skal gjennomføres totalt tre ganger i løpet av prosjektperioden.

Evaluering av Opptappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid. (NIBR v/Trine Myrvold)

Prosjektet omhandler kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet, med særlig vekt på integrering, samarbeid og koordinering mellom tjenester. Evalueringen legger opp til å gi et bredt bilde av hvordan Opptappingsplanen implementeres på kommunalt nivå, snarere enn en mer spesifikk evaluering av enkelttiltak eller -virke-midler innenfor planen. Følgende spørsmål stilles:

- Hvordan organiserer kommunene sitt psykiske helsearbeid? Hvordan ledes det psykiske helsearbeidet?
- Hvordan ivaretar kommunene behovet for samarbeid og koordinering mellom tjenester og mellom nivåer?
- Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet? Hvordan sikrer kommunene Opptappingsplanens mål om bredde i tiltakene og tjenestene?
- Hvilken betydning har organisering og ledelse av det psykiske helsearbeidet for koordinering, samarbeid og bredde?

Prosjektet ser spesielt på om det er særlige utfordringer i det psykiske helsearbeidet for barn og unge, og på hvordan småkommunene løser sine oppgaver for denne gruppen.

Evalueringen benytter data fra en spørreskjemaundersøkelse til samtlige norske kommuner om tiltak, tjenester og organisering innenfor det psykiske helsearbeidet. Denne undersøkelsen gjennomføres tre ganger i løpet av prosjektperioden. I tillegg omfatter prosjektet to runder med case-studier i 6 kommuner.

Evaluering av Opptappingsplan for psykisk helse – arbeids- og fritidstiltak. (Telemarksforskning v/Solveig Flermoen)

Prosjektet evaluerer Opptappingsplanens virkning i forhold til kommunenes arbeids- og fritidstiltak for innbyggere med langvarige psykiske lidelser:

- Hvordan arbeider kommunene med dette feltet?
- Hvordan er samarbeidet mellom 1. og 2. linjen i tilretteleggingen av arbeid og fritid for innbyggere med psykiske lidelser?
- Hvorvidt og hvordan har kommunene involvert frivillige organisasjoner for å skape en meningsfylt fritid?

Undersøkelsen er lagt opp som en følgeevaluering av 12 kommuner i området til Helse Sør. Prosjektet løper fra 2002 til 2006, og består av to hovedfaser med datainnsamling. Første runde ble gjennomført ved årsskiftet 2002/2003. Denne skal følges opp med en tilsvarende datainnsamling i 2005. I mellomperioden blir det foretatt mer summariske årlige oppdateringer. En sentral datakilde i prosjektet er intervjuer med brukere.

Felles for de tre prosjektene er at de har hovedfokus på kommunenes psykiske helsearbeid. SINTEF -prosjektet ser på økonomiske prioriteringer, brukerrater og behovsdekning, mens de to andre prosjektene har fokus på organiseringen av tjenestene og samarbeid mellom tjenester og nivåer. Samtidig har SINTEF- prosjektet og NIBR-prosjektet til felles at de ser på hele bredden i de kommunale tjenestene overfor innbyggere med psykiske problemer (barn, unge og voksne), mens TF-prosjektet konsentrerer seg om arbeids- og fritidstiltak for voksne.

De prosjektene som ligger til grunn for dette notatet, kan belyse følgende grupper av spørsmål:

1. Har Opptrappingsplanen bidratt til sterkere utbygging av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske problemer? Har de øremerkede midlene noen effekt på utbyggingen? Hvilke tjenester bygges ut i kommunene?
2. Bidrar Opptrappingsplanen til større bredde i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske problemer?
3. Hvordan har kommunene organisert sitt psykiske helsearbeid? Hvordan sikrer de samarbeid og samordning mellom tjenester fra ulike sektorer og nivåer?

Ikke alle prosjektene forholder seg til samtlige spørsmål. Følgende tabell gir en skjematisk oversikt over hvilke prosjekt som tar opp hvilke spørsmål:

	Utbygging av tilbudet i kommunene: Har øremerkede midler tilsiktet virkning? Hvilke tjenester prioriteres, hvordan er brukerrater og behovsdekning?	Hvordan ivaretas bredden i tilbudet? Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet?	Hvordan er arbeidet organisert og ledet? Samarbeid og samordning av tjenester innen kommunen og mellom nivåer.
SINTEFs prosjekt	X	(X)	
NIBRs prosjekt	(X)	X	X
TFs prosjekt		X	X

Alle prosjektene har datainnsamling i flere faser. Undersøkelsene så langt har primært et base-line/kartleggingspreg, som vil utgjøre sammenligningsgrunnlag for resultatene fra de senere datainnsamlingene. I de rapporterte analysene gjøres det forsøk på å forklare forskjeller mellom kommuner, men det er i hovedsak for tidlig å trekke klare konklusjoner om Opptrappingsplanens effekter på kommunenes psykiske helsearbeid.

2 Oppsummering av prosjektenes resultater

2.1 Utbygging av tilbudet i kommunene – hvordan virker øremerkingen?

Gjennom Opptrappingsplanen får kommunene øremerkede tilskudd til å bygge opp tjenestene til innbyggere med psykiske problemer. Størrelsen på tilskuddene tilsvarer en økning i de årlige driftsutgiftene i kommunene på 2,1 milliarder kroner i løpet av planperioden. Midlene fordeles i hovedsak i tråd med kostnadsnøkkelen for helse- og sosialtjenesten i inntektssystemet. Det er en klar forutsetning i Opptrappingsplanen at midlene skal komme i tillegg til, og ikke i stedet for, kommunenes egen innsats. Kommunene har betydelig frihet når det gjelder organisering og utforming av det psykiske helsearbeidet. Opptrappingsplanen gir heller ikke eksplisitte måltall for hva som er full dekning for de enkelte kommunale tjenestene. Fra 2002 ble det imidlertid forutsatt fra statens side at 20 prosent av midlene som tildeles kommunene skal brukes til tiltak og tjenester overfor barn og unge.

Gitt kommunenes store frihet, fører de øremerkede midlene til en sterkere utbygging av tilbudet til innbyggere med psykiske problemer i kommunene? Hvilke tjenester prioriteres, hvordan er brukerrater og behovsdekning innenfor de ulike tjenestene? Hvilke faktorer kan forklare ulikheter mellom tjenester og mellom kommuner? De resultatene som rapporteres her gir en oversikt over situasjonen rundt årsskiftet 2001/2002.

Hvordan er status for det psykiske helsearbeidet i kommunene?

Undersøkelsene viser at det ved årsskiftet 2001-2002 er betydelig underdekning av tjenester rettet mot innbyggere med psykiske problemer. Det er også store forskjeller i hvor langt kommunene er kommet i opptrappingen av tjenestene. Mens noen ligger relativt godt an, er det betydelige mangler i tilbudet i andre kommuner.

Det er også klare forskjeller med hensyn til hvilke typer tjenester som er bygget ut i kommunene.¹ Det er flest brukere av hjemmetjenester, mens få får tilbud om voksenopplæring og bolig. Dette skyldes både forskjeller i etterspørselen etter (dvs. behovet for) tjenestene og forskjeller i tilbudet (behovsdekning). Behovsdekningen er størst for hjemmetjenester, støttekontakt for voksne og støttekontakt blant barn og unge. Det er dårligst behovsdekning for voksenopplæring, arbeid og bolig.

Det er store forskjeller mellom kommunene i hvilke tjenester de har bygget ut. Over halvparten av kommunene har ikke noen brukere som får tilbud om voksenopplæring, og

¹ SINTEF-prosjektet har sett på følgende tjenester: hjemmetjenester, støttekontakt for barn og unge, støttekontakt for voksne, bolig, voksenopplæring og arbeidstiltak.

én av fem kommuner har ikke dagsentertilbud til innbyggere med psykiske problemer. En tredel av kommunene har ikke noen barn eller unge som får hjelp i form av støttekontakt for sine problemer knyttet til psykisk helse.

Hva har Opptrappingsplanen betydd for utbyggingen av det kommunale psykiske helsearbeidet?

Informanter fra kommunene legger vekt på at Opptrappingsplanen har gitt et vesentlig bidrag til bedringen av tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Planen oppleves å gi økt fokus på psykisk helsearbeid, og høyere status og legitimitet for arbeidet, selv om enkelte kommuner må kutte også her. I starten av planperioden er det særlig tilbudet til voksne innbyggere som oppleves som bedret. I de første årene av Opptrappingsplanen var det mange kommuner – særlig blant de små – som ikke brukte noen opptrappingsmidler på barn og unge. Etter at kravet om at 20 prosent av de kommunale tilskuddene skulle benyttes til tiltak for barn og unge ble lagt inn ved revideringen av Opptrappingsplanen, har oppmerksomheten rundt arbeidet for denne gruppen økt i mange kommuner. I 2003 hadde 45 av kommunene nådd målet om 20 prosent av midlene til denne gruppen.

Blant rådmennene i kommunene anses øremerking nødvendig for å sikre at midlene går til å styrke tilbudet til målgruppen, og Opptrappingsplanen vurderes å ha betydning både for hvilke tjenester som prioriteres og for utformingen av tilbudet.

Selv om Opptrappingsplanen setter krav til kommunene når det gjelder både planer for det psykiske helsearbeidet og rapportering på bruken av midlene, mener en betydelig andel av rådmennene at det kan skje lekkasje av øremerkede midler til annen kommunal virksomhet. Kravet om at midlene ikke skal komme til fortrenghet for kommunens egen satsing, er vanskelig å kontrollere, ikke minst når tjenestene til innbyggere med psykiske problemer integreres i kommunens ordinære tjenesteapparat.

Analysene finner ingen klare sammenhenger mellom størrelsen på kommunens tilskudd fra Opptrappingsplanen og andel innbyggere som får hjelp, men kommuner med høye tilskudd har jevnt over høyere behovsdekning enn kommuner som får mindre tilskudd. Dette kan tolkes som at kriteriene for fordeling av tilskudd ikke er ”gode”. Intensjonen med å fordele midlene i tråd med kostnadsnøkkelen for helse- og sosialtjenesten i inntektssystemet er at tilskuddene skal gis etter behovene i befolkningen – og dermed øke brukerratene – og ikke at noen kommuner skal oppnå bedre behovsdekning enn andre.

2.2 Hvordan ivaretas bredden i tilbudet til mennesker med psykiske problemer?

Opptrappingsplanen understreker at mennesker med psykiske problemer må sees som hele mennesker, med både kulturelle, åndelige, sosiale og biologiske behov. Planen oppfordrer kommunene til å legge til rette for at tiltakene og tjenestene som tilbys ivaretar hele spekteret av behov. Dette innebærer en involvering av sektorer, tjenester og andre aktører som ikke tradisjonelt har hatt fokus på denne målgruppen. I hvilken grad makter kommunene å sørge for en slik bredde i tilbudet?

Involveres et bredere spekter av tjenester i det psykiske helsearbeidet?

Som tidligere nevnt har noen tjenester – først og fremst hjemmetjenestene – betydelig høyere brukerrater enn andre. Her er også behovsdekning vurdert som best. Dette speiler hvilke tjenester som tradisjonelt har vært sett som ”kjernetjenestene” i det kommunale psykiske helsearbeidet. Når behovsdekningen innenfor voksenopplæring, arbeid og bolig

er betydelig lavere, er dette et tegn på at disse oppgavene ikke har stått sentralt i det psykiske helsearbeidet i kommunene. Evalueringsprosjektene vil følge utviklingen av disse tjenestene over tid, for å se om Opptrappingsplanen bidrar til å styrke behovsdekningen.

Det finnes eksempler på kommuner som gjennom dagsentervirksomheten kan gi et bredt fritids- og aktivitetstilbud til innbyggerne, ved å ha et godt samarbeid både med kultursektoren og frivillige organisasjoner i kommunen. De kommunene som ikke har et aktivt dagsenter mangler som oftest denne tilknytningen til kulturtjenestene.

For barn og unge med psykiske problemer kan det være viktig at lærerne – som arbeider nærmest barna i hverdagen – står godt rustet til å håndtere problemstillinger knyttet til barnas psykiske helse. Inntrykket fra casestudien er at dette ikke er tilfelle, selv om det er forskjeller mellom kommuner. Forskjellene skyldes dels at kommunene har ulike ressurser å sette inn, dels at de har valgt ulike organiseringer av samhandlingen mellom skolehelsetjenesten og lærerne, og dels at personlig engasjement blant helsesøstere og lærere varierer. Det ser ut til å være få kommuner som makter å bruke helsesøsterens kompetanse til å styrke lærernes kunnskaper om psykisk helse hos barn og unge. Samtidig vil nettopp en slik bruk av skolehelsetjenestens ressurser kunne bidra til at problemer forebygges eller fanges opp tidlig.

Store forskjeller i bredden i tilbudet

Det er generelt stor variasjon mellom kommuner i bredden av tiltak for innbyggere med psykiske problemer. Dette skyldes både kommunestørrelse og organiseringen av arbeidet.

Småkommunenes psykiske helsearbeid fremstår som sårbart. Et større befolkningsgrunnlag gir mulighet til større differensiering av tiltakene. Mange brukere betyr at flere brukere har sammenfallende interesser og behov, slik at kommunen kan opprette tilbud småkommunene ikke kan etablere. Likeledes har store kommuner større personellressurser (i absolutt forstand, ofte ikke i relativ). Et stort antall ansatte kan bety sterkere spesialisering i tilbudet. Store kommuners organisasjon vil dessuten være mer differensiert, slik at de som arbeider med psykisk helsearbeid har flere potensielle samarbeidspartnere å spille på i utviklingen av tjenester.

På den annen side kan små forhold innebære større nærhet og mer uformell kommunikasjon mellom tjenesteytere, og terskelen for å ta kontakt og etablere samarbeid kan være lavere. Samtidig blir det psykiske helsearbeidet svært personavhengig, på godt og vondt. Fagmiljøet blir lite, og dette kompenseres i liten grad ved samarbeid med andre kommuner.

Tiltak innenfor arbeid og fritid – betydelige forskjeller mellom kommuner

Forskjellene mellom kommuner er også åpenbare i satsingen rettet inn mot arbeid og fritid. Kommuner som generelt er godt i gang med implementering av psykiatriplanen, er kommet lengst i gjennomføringen av ulike arbeidsrelaterte tiltak. Analysen av 12 kommuner viser at det i hovedsak er de noe større bykommunene som er mest aktive. En mulig forklaring kan være at arbeidsmarkedet er mer differensiert i de større kommunene. Samtidig finnes det eksempler på at små kommuner kan lykkes hvis de utnytter lokal kunnskap og tett kontakt med potensielle arbeidsgivere.

Et kjennetegn ved de store, aktive kommunene er at de bruker organisatoriske virkemidler for å få i gang arbeids- og fritidsrelaterte tiltak: det er opprettet egne prosjekter som har som formål å få brukere i arbeid. Dette betyr at det kanaliseres personell til arbeidet og at det gis sterke signaler om at dette er en prioritert oppgave.

De kommunene som var kommet godt i gang med arbeids- og fritidstiltak i 2002, var også kommet lengst ved begge oppdateringene (i 2003 og 2004), mens det hadde skjedd lite i de kommunene som i starten lå dårligst an. Gode utviklingsforløp synes å ha en selvforsterkende effekt, mens det er vanskelig å komme ut av mindre gode forløp. Høsten 2004 er det imidlertid noen av kommunene i midtsjiktet som har fått økt aktivitet og nærmet seg de mest aktive kommunene, mens skillet mellom aktive og mindre aktive kommuner er blitt tydeligere.

De store kommunene er også mer aktive når det gjelder tilbudet av fritidstiltak. De fremstår som mer nytenkende på dette området, for eksempel når det gjelder utprøving av tiltak for at brukerne skal bli inkludert i sosiale fellesskap gjennom aktiviteten.

Undersøkelsen av brukerrater for ulike tjenester tyder på at det lokale arbeidsmarkedet kan ha betydning for hvilke tiltak som iverksettes. I kommuner med en viss arbeidsledighet er det flere som har støttekontakt (kanskje fordi det er lettere å rekruttere støttekontakter), mens det er færre som har tilbud om arbeidsmarkedstiltak.

2.3 Hvordan er arbeidet organisert og ledet, og hvordan ivaretas samordning og samarbeid?

Målet for Opptappingsplanen er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der alle tjenester – uansett sektor og nivå – skal samarbeide for å gi et best mulig tilpasset tilbud til brukerne. Planen gir få anvisninger på hvordan slik samordning skal skje i praksis, utover at opptrappingen forutsettes å skje ved utvikling av de ordinære tjenestene snarere enn ved etablering av kommunal særomsorg for denne målgruppen. Hvordan organiserer kommunene det psykiske helsearbeidet, og hvordan ivaretas behovet for samarbeid og koordinering?

Organisering og ledelse av det psykiske helsearbeidet

Kommunene har i følge kommuneloven stor frihet til å organisere sitt arbeid som de selv finner hensiktsmessig, og undersøkelsene viser at det er stort mangfold i organiseringen av det psykiske helsearbeidet. Mens Opptappingsplanen vurderes å ha betydning for kommunenes prioritering av psykisk helsearbeid og for utformingen av tjenestene, synes planen i liten grad å ha lagt føringer for de organisatoriske løsningene.

Det er foreløpig ikke mange kommuner som har valgt å følge anbefalingene i Opptappingsplanen om å integrere psykiatritjenestene i det ordinære tjenesteapparatet. Gruppen av kommuner som har valgt en integrert modell viser stor variasjon, noe som indikerer at den integrerte modellen ikke utgjør en entydig modell. I noen tilfeller innebærer denne modellen at det i liten grad er satset på å utvikle det psykiske helsearbeidet i kommunen.

Mange kommuners psykiske helsearbeid er under omorganisering, og for noen innebærer dette store og ressurskrevende konflikter. Konflikten dreier seg gjerne om hvordan det psykiske helsearbeidet skal ledes, og om hvorvidt arbeidet skal organiseres i egen enhet eller sammen med andre tjenester. Ansatte som selv jobber i kommuner med der det psykiske helsearbeidet er integrert er i større grad enn andre misfornøyd med eget fagmiljø. De mener at organiseringen av tjenestene er en hindring for arbeidet.

Case-studiene tyder på det spiller en rolle om det psykiske helsearbeidet er organisert med egen leder, og om det er delegert myndighet til lederen. Ansatte i det psykiske helsearbeidet i kommunene *uten* egen leder synes å ha mer usikre rammer rundt sin yrkesutøvelse. Samtidig har disse medarbeiderne ikke noen formalisert arena for

samordning og omforening av praksis, og heller ikke noen som har ansvar å tilrettelegge for koordinering internt i kommunen og eksternt med spesialisthelsetjenesten.

For de kommunene som har en egen leder for en tjeneste for psykisk helsearbeid plassert innenfor et større tjenesteområde, ser ledelsen ut til å fungere betydelig bedre. Dette gjelder særlig i én av casekommunene, der ansvaret for koordinering i form av ansvarsgrupper, individuelle planer og beslutning om å tildele tjenester er løftet ut av tjenestens domene og over i organer med spesiell kompetanse på dette. På denne måten kan ledelsen i det psykiske helsearbeidet konsentrere seg om å legge til rette for gjennomføring av gode tjenester for brukerne. Arbeidet kan konsentreres om interne forhold, og det er utviklet differensierte tiltak for brukerne.

Kommuner med egen resultatenheter for psykisk helsearbeid kan oppleve problemer med å koordinere mellom ulike enheter. Det kan oppstå "enhetsegoisme" og gråsoner mellom tjenesteenheter der innbyggere med psykiske problemer risikerer å falle mellom to stoler. Analysene tyder på at det psykiske helsearbeidet ikke trives særlig godt i den flateste organisasjonsmodellen, fordi denne ofte ikke legger til rette for koordinering på tvers av enhetene. Det ser ut til at det er den modellen som både har flere ledelsesnivåer og institusjonelle ordninger for koordinering som fungerer best. Det legges inn flere buffere mot eksterne krav, og dermed skapes en ro i tjenesten som gir bedre betingelser for å utvikle selve tjenesten.

Mange kommuner har organisert det psykiske helsearbeidet innenfor pleie- og omsorgstjenesten, men tilknytningsformen varierer. Organiseringen har betydning for arbeidets fokus (målgrupper) og for det psykiske helsearbeidets status i kommunen. Sterk integrering i pleie og omsorg betyr gjerne fokus på eldre brukere og noe lettere lidelser. Mer definerte enheter kan gi sterkere fokus på yngre og tyngre brukere.

De fleste kommunene har hatt liten oppmerksomhet knyttet til barn og unge, og det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge har en betydelig mer uklar forankring i kommuneorganisasjonen sammenliknet med arbeidet rettet mot voksne. Arbeid for barn og unge har tidligere ikke vært så lett å identifisere som eget arbeidsfelt, og kommunene har stort sett ikke etablert egne strukturer rundt disse oppgavene. I stor grad ivaretas det psykiske helsearbeidet overfor barn og unge innenfor de etablerte tjenestene, først og fremst i helsesøstrenes arbeid i skolene og ved helsestasjon for ungdom. Arbeidet for barn og unge er i liten grad blitt sett i sammenheng med det psykiske helsearbeidet ellers i kommunen, men det oppleves nå økt interesse for og oppmerksomhet rundt arbeidet.

Koordinering og samarbeid

Utviklingen av det kommunale psykiske helsearbeidet preges av to viktige trekk i mange kommuner: stram økonomi og innføring av flat struktur. Økonomiske innstramminger oppleves å virke begrensende på samarbeidet mellom tjenester fordi potensielle samarbeidspartnere ikke har ressurser til å prioritere samarbeid. Flat struktur, med oppdeling av de kommunale tjenestene i separate resultatenheter, svekker den faglige styringen av det psykiske helsearbeidet, og kan føre til fragmentering av tjenestetilbudet.

Det synes å være flere koordinerende tiltak og ordninger i kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykiatri enn i kommuner med integrerte tjenester. Klare institusjonelle strukturer knyttet til ledelse og koordinering gir sterkere fokus på samarbeid og samordning, både internt og eksternt. Et fåtall kommuner får dette til på en god måte.

I kommuner med integrert modell er det en noe bredere involvering av ulike tjenester sammenliknet med andre modeller. Det er også noe større bredde i rekruttering og opplæring av personell i disse kommunene. Likevel ser vi at også i kommunene der

tilbudet til innbyggere med psykiske problemer er integrert i kommunens ordinære tjenesteapparat er det primært helse- og sosialfaglige tjenester som dominerer det psykiske helsearbeidet.

Samarbeid kan skje både på systemnivå mellom ulike tjenester og nivåer, og på individnivå, overfor den enkelte bruker. Mange kommuner har koordinator for det psykiske helsearbeidet på systemnivå, mens noen færre har koordinator med ansvar for enkeltbrukere. Studien av arbeidsrettede tiltak viser at brukerne av slike tiltak synes det er svært viktig å ha en koordinator fra det psykiske helsearbeidet i kommunen – en som de kjenner godt og som står på for å ivareta deres behov og interesser, og som kan hjelpe dem med å håndtere ”systemet” i ulike situasjoner.

På systemnivå synes samarbeidet knyttet til psykisk helsearbeid på mange måter å fungere best når kommunen ikke har en ren flat struktur, men der arbeidet har en egen leder plassert innenfor en bredere tjeneste. Dette styrker både den vertikale og den horisontale integreringen, ved å ivareta behovet for faglig samordning på ledernivå, behovet for faglig utvikling internt og behovet for å gjøre det psykiske helsearbeidet synlig i kommuneorganisasjonen.

Samarbeid med 2./3. linjen

Samarbeidet med DPS, BUP og sykehusene vurderes veldig forskjellig i ulike kommuner. Kapasitetsproblemer i DPS og BUP sees som et problem for kommunene, som må sørge for et tilbud til innbyggerne mens de venter på hjelp fra andrelinjen. Dette krever ressurser og kompetanse som mange kommuner ikke har. Også kommunikasjonen med andrelinjen og sykehusene oppleves som vanskelig. Kommunene mener at de får for lite informasjon om sine pasienter, slik at de ikke får fulgt dem opp på en god måte når de er hjemme. Samtidig kan det være vanskelig for andre- og tredjelinjetjenesten å vite hvor i kommunen de skal henvende seg når kommunen ikke har en distinkt tjeneste eller en egen leder for det psykiske helsearbeidet.

Studien av brukerrater og behovsdekning viser at gode samarbeidsrelasjoner til BUP, blant annet gjennom besøk av ambulerende team, kan ha betydning for tilbudet til barn og unge. Avstanden til nærmeste disktriktspsykiatriske senter ser også ut til å være av betydning. Nærhet til DPS kan for noen tjenester bidra til at kommunen ikke bygger ut tilbud i samme grad som kommuner som har lenger avstand til DPS.

I studien av arbeids- og fritidstiltak ble samarbeidet mellom kommunen og andrelinjen i utgangspunktet sett som problematisk, men samarbeidsforholdene ser ut til å ha bedret seg noe de to siste årene. Enkelte kommuner har fått mer formaliserte og ryddige ordninger i forhold til andrelinjen, og noen opplever at sykehuset i økende grad tar kontakt med kommunen i forbindelse med planlegging av utskrivninger. Felles opplæringstiltak mellom kommunalt ansatte og sykehusansatte nevnes som et tiltak som gir kjennskap mellom folk, som igjen fører til bedret samarbeidsklima mellom nivåene.

Samarbeid med Aetat og trygdekontor

Prosjektet om kommunenes aktivitet knyttet til arbeids- og fritidstiltak viser at mange kommuner etterlyser engasjement hos Aetat i forhold til mennesker med psykiske problemer. Dette gjelder særlig i undersøkelsen fra 2002. Mennesker med slike problemer er ikke en satsingsgruppe for Aetat, og de må derfor håndteres innenfor vanlige regler og rutiner. Aetats normer og metoder oppleves som lite tilpasset denne brukergruppen.

Samtidig viser studien at de kommunene som har vist størst aktivitet i forhold til arbeidsrelaterte tiltak for innbyggere med psykiske problemer kjennetegnes ved et godt forhold til Aetat. Et godt samarbeid med Aetat synes å være viktig for å få til gode tiltak. Når de

små kommunene synes mindre aktive i tilretteleggingen av arbeidstiltak for denne gruppen, kan det bl.a. skyldes at Aetat ikke er lokalisert i de mindre kommunene, og at etaten derfor kan fremstå som noe fjern både for ansatte og brukere.

Ved oppdateringen av dataene høsten 2004 mener noen av informantene at Aetat har noe større oppmerksomhet rettet mot mennesker med psykiske problemer, og at de oftere tar kontakt med ansatte innenfor det psykiske helsearbeidet for å samarbeid om brukere, men at de har lite konkret å tilby utover å henvise til attføringsbedrift/arbeid med bistand.

Undersøkelsen av brukerrater for ulike tjenester viser at de kommunene som har et godt samarbeid med Aetat og trygdekontor har relativt sett flere brukere som får tilbud om arbeidstiltak, samtidig som behovsdekningen oppleves ikke å være høyere i disse kommunene. Dette kan bety at samarbeid med Aetat avdekker behov for arbeidstiltak hos denne gruppen, eller at samarbeid innledes der behovet i utgangspunktet er stort.

Individuell plan

Arbeidet med individuelle planer synes å gå tregt i kommunene. De fleste er fremdeles i startfasen i dette arbeidet. Holdningene til individuelle planer er blandet. Mange mener det er vanskelig å få brukerne til å ønske seg individuell plan, og at dette er en viktig årsak til at arbeidet er kommet så kort. Det er ressurskrevende for kommunene å utarbeide individuelle planer, og mer akutte arbeidsoppgaver må prioriteres. Malen som er gitt oppleves dessuten som svært omfattende og lite tilpasset akkurat deres kommunes behov og situasjon. Mange nevner også at andre- og tredjelinjen i liten grad arbeider med individuelle planer, og at det er uklart hvem som har ansvar for å utarbeide planene.

Også innenfor arbeidet med å legge til rette for yrkesrettede tiltak og fritidstiltak fremstår individuell plan som et lite viktig verktøy, selv om det nå begynner å få et visst fotfeste. Det er stor variasjon i oppfatningen av individuell plan. Noen mener at slike planer er et godt verktøy, der bruker og nettverket inkluderes og ansvarsforholdene synliggjøres. Andre mener at nytten av individuelle planer kan diskuteres, og at mange brukere ikke ønsker slike planer. De som er positive til individuelle planer fremhever at det er viktig å presentere planen slik at brukerne ser det som en hjelp.

Samarbeid med frivillige organisasjoner

Noen få kommuner får til et godt samarbeid med frivillige organisasjoner for å skape et godt og bredt tilbud til mennesker med psykiske problemer. Dette skjer primært i kommuner som har en aktiv dagsentervirksomhet. Her er det markante forskjeller mellom store og små kommuner. Det er særlig småkommunene som ikke har dagsenter, og som ikke samarbeider med frivillige organisasjoner. I studien av arbeids- og fritidstiltak er det få eksempler på at frivillige organisasjoner – som idretts- og kulturorganisasjoner – er på banen når det gjelder fritidstiltak for denne gruppen.

3 Utfordringer og anbefalinger i det videre arbeidet med Opptrappingsplanen

De tre prosjektene som er referert her studerer ulike sider ved kommunenes iverksetting av tiltak innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse. På bakgrunn av de observasjonene som er gjort i prosjektene, vil vi peke på enkelte utfordringer som fremstår som viktige i det videre arbeidet med Opptrappingsplanen.

Utbygging av tilbudet i kommunene og øremerkingen av midler

Øremerking av midler til det psykiske helsearbeidet i kommunene oppfattes som nødvendig i oppbyggingsfasen. Selv om selve tilskuddsformen synes hensiktsmessig, kan det stilles spørsmålstegn ved kriteriene som er brukt i tildelingen. Tildeling etter nøkkelen for helse- og sosialtjenesten synes å bidra til at enkelte kommuner oppnår bedre behovsdekning enn andre, mens det er vanskelig å måle noen klar effekt på brukerratene av tjenestene.

Hvis en ønsker å holde et sterkt fokus på utviklingen av det psykiske helsearbeidet for barn og unge, vil det være hensiktsmessig å beholde kravet om at 20 prosent av midlene skal brukes på denne gruppen. Dette er særlig viktig når kommunene føler at økonomien er svært presset, og når det psykiske helsearbeidet er i en oppbyggings- og konsolideringsfase. Det kan være nødvendig å følge spesielt opp kommuner som bruker ingenting eller lite på barn og unge.

Kravet om at kommunene må rapportere bruken av øremerkede midler til staten er ingen garanti mot lekkasjer og redusert egeninnsats fra kommunene. Dette innebærer et behov for bedre oppfølging fra statens side, noe som fremstår som krevende pga. de store variasjonene i hvordan det psykiske helsearbeidet er organisert i kommunene.

Analysene av brukerrater og dekningsgrader antyder at kommuner som har et DPS i nærområdet ikke bygger ut tilbudet i samme grad som kommuner som har lenger avstand til DPS. Dette forholdet bør studeres nærmere.

Bredden i tilbudet

Det synes å være en utfordring å få til økt satsing på andre områder enn hjemmebaserte tjenester, for eksempel voksenopplæring, arbeid og bolig. Det kommunale psykiske helsearbeidet har fremdeles et klart tyngdepunkt i det helse- og sosialfaglige.

Det er store forskjeller i bredden i kommunenes tilbud til innbyggere med psykiske problemer. Forskjellene er størst for tiltak rettet mot arbeid og fritid. Det er særlig de mindre kommunene som har et begrenset tilbud på disse områdene. Småkommunene kan oppmuntres til interkommunalt samarbeid og samarbeid med frivillige organisasjoner i nærmiljøet, spesielt for å skape et bredere fritids- og aktivitetstilbud til innbyggere med

psykiske problemer. Det kan vurderes hvorvidt spesialisthelsetjenesten bør følge opp småkommunene med mer systematisk veiledning.

Det er viktig å øke lærernes kompetanse på psykisk helsearbeid, både når det gjelder å fange opp symptomer og faresignaler på et tidlig stadium, og med hensyn til hvor det er mulig å henvende seg for å få hjelp. Dette kan for eksempel gjøres ved å la helsesøstrene ha en mer aktiv rolle i forhold til å gi kurs og informasjon til lærere.

Organisering, samarbeid og samordning

Kommuneloven av 1992 gir kommunene stor frihet til å organisere sin virksomhet som de selv ønsker. Opptrappingsplanen gir ingen sterke føringer på hvordan organiseringen av det psykiske helsearbeidet bør være, ut over at det ikke skal etableres særtjenester for mennesker med psykiske problemer. Mange kommuner er i ferd med å organisere hele sin virksomhet med såkalt flat struktur, med egne resultatenheter for enkelttjenester, noe som kan bidra til fragmentering av de kommunale tjenestene. Denne utviklingen preger det psykiske helsearbeidet.

Det er viktig med en klar adresse for psykisk helsearbeid – både for brukere og pårørende, for instanser utenfor kommunen (bl.a. andrelinjen) og for andre tjenester internt i kommunen. En mulighet er å anbefale at alle kommuner har en koordinator eller leder for det psykiske helsearbeidet. Det er også viktig at kommunene forankrer det psykiske helsearbeidet for barn og unge på en klar og entydig måte.

Fragmenteringen av det kommunale tjenesteapparatet gjør det viktig å skape institusjonaliserte ordninger for koordinering av tjenester i hver kommune, både for å sikre et bredt og samordnet tjenestetilbud og for å avhjelpe situasjoner med ”enhetsegoisme”.

Ansvar for å utarbeide individuelle planer må forankres klarere. Det synes også å være behov for ytterligere holdningsskapende arbeid i kommunene, ikke minst knyttet til hvordan brukere kan motiveres til å se nytten ved individuell plan. Mange ser malen for utarbeidelse av individuelle planer som lite hensiktsmessig.

Det hersker betydelig usikkerhet i kommunene omkring informasjonsflyten mellom andrelinjen og kommunen. Det bør skje en klargjøring av hvordan – til hvem og i hvilke situasjoner – informasjon skal gis, og hvordan den kan spres til relevante kommunale tjenester.

Det ser ut til at det er behov for å stimulere til bedre samarbeid mellom kommunene og Aetat/trygdekontor, ikke minst ved å gi Aetat et sterkere fokus på hjelp til mennesker med psykiske problemer.

Publikasjoner fra prosjektene

SINTEF-prosjektet

- Kalseth, J. og P. Martinussen (2003): *Holdninger til virkemiddelbruken i Opptappingsplanen for psykisk helse – resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/ administrasjonssjefer i kommunene*. SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning. STF78 A035011
- Kalseth, J. (2003): *Psykisk helsearbeid i kommunene – variasjoner i tiltak og tjenester*. SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning. STF78 A035006
- Ose, S. O. og J. Kalseth (2004): *Opptappingsplan for psykisk helse: Hva forklarer variasjonene i kommunale brukerrater og dekningsgrader?* SINTEF Helse. STF78 A045027
- Ose, S. O. og J. Kalseth (2004): *Opptappingsplan for psykisk helse: Analyser av rapporteringen på bruk av øremerkede midler til psykisk helsearbeid i kommunene*. SINTEF Helse. STF78 A045028
- Kalseth, J. (2005): *Kommunal iverksetting av nasjonal plan – har de øremerkede tilskudd den tilsiktede effekt? Sammendragsrapport fra første fase i prosjektet*. SINTEF Helse. STF78 A055012

Telemarksforsknings-prosjektet

- Bergsgard, N.A., S. Flermoen og H. Haukelien (2003): *Brukernes deltakelse i yrkesretta tiltak og fritidstiltak – samarbeid og organisering lokalt*. Arbeidsrapport nr. 10/2003, Telemarksforskning, Bø
- Flermoen, S. (2003): *Evaluering av Opptappingsplan for psykisk helse – arbeids- og fritidstiltak. Situasjonsbeskrivelse høsten 2003*. TF-notat nr. 2/2003, Telemarksforskning, Bø
- Flermoen, S. (2005): *Evaluering av Opptappingsplan for psykisk helse – arbeids- og fritidstiltak. Situasjonsbeskrivelse høsten 2004*. TF-notat nr. 1/2005, Telemarksforskning, Bø

NIBR-prosjektet

- Trine Monica Myrvold (2004): *Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering*. NIBR-rapport 2004:12. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Trine Monica Myrvold (2004): "Et helhetlig tilbud til mennesker med psykiske problemer? Kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet" i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 1, Nr. 2. Universitetsforlaget, Oslo
- Trine M. Myrvold og Marit Helgesen (2005): *Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner*. [NIBR-notat 2005:108](#)